FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962

THÈSE

N° 744

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques LEFEUVRE

Né le 18 juillet 1932, à La Rochelle (Charente-Maritime)

Présentée et soutenue publiquement le 12 *juin* 1962

Aperçu de la pathologie saharienne dans la région de Colomb-Béchar

Président : M. DEPARIS, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux. 29
PARIS — 1962

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du candidat : LEFEUVRE

Prénom : JACQUES

Date de soutenance : 12 juin 1962

Numéro d'ordre : .....

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

LEFEUVRE (JACQUES) — Aperçu de la pathologie saharienne dans la région de Colomb - Béchar. — Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1962, *in*-8°, 55 *p.*

(*Thèse Médec.* (*Etat*), *Paris*, 1962, *N°* .....).

LEFEUVRE (JACQUES) — Aperçu de la pathologie saharienne dans la région de Colomb - Béchar. — Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1962, *in*-8°, 55 *p.*

(*Thèse Médec.* (*Etat*), *Paris*, 1962, *N°* .....).

LEFEUVRE (JACQUES) — Aperçu de la pathologie saharienne dans la région de Colomb - Béchar. — Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1962, *in*-8°, 55 *p.*

(*Thèse Médec.* (*Etat*), *Paris*, 1962, *N°* .....).

LEFEUVRE (JACQUES) — Aperçu de la pathologie saharienne dans la région de Colomb - Béchar. — Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1962, *in*-8°, 55 *p.*

(*Thèse Médec.* (*Etat*), *Paris*, 1962, *N°* .....).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962 **THÈSE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques LEFEUVRE

Né le 18 juillet 1932, à La Rochelle (Charente-Maritime)

Présentée et soutenue publiquement le 12 juin 1962

Aperçu de la pathologie saharienne dans la région de Colomb-Béchar

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Président : M. DEPARIS, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1962

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN : Léon BINET, *Membre de l'Institut*

1er ASSESSEUR : Jean VERNE — 2e ASSESSEUR : Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.), SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Educat. phys. et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIÈVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.), BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.), DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.), POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales : *Beaujon* : LORTAT-JACOB (J.-L.) — *Cochin* : LÉGER (L.) — *Hôtel-Dieu* : PATEL (J.) — *Pitié* : CORDIER (G.) — *Saint-Antoine* : GOSSET (J.) — *Salpêtrière* : SICARD (A.) — *Tenon* : OLIVIER (Cl.).	
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurg. orthopédique et réparat. (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART D'ALLAINES (F. DE)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilit. (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales : *Boucicaut* : LENÈGRE (J.) — *Broussais* : SOULIÉ (P.) — *Cochin* : JUSTIN-BESANÇON (L.) ; BROUET (G.) — *Hôtel-Dieu* : BARIÉTY (M.) — *Lariboisière* : SÈZE (S. DE) — *Pitié* : DREYFUS (G.) — *Saint-Antoine* : KOURILSKY (R.).	
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. DE)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales : *Baudelocque* : LACOMME (M.) — *Foch* (Suresnes) : MERGER (R.).	
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Médecine	BOUR (H.), LHERMITTE (F.), PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

Anatomie :
MM. Cabrol (C.); Couinaud (C.); Gillot (C.); Olivier (G.).

Anatomie pathologique :
Mlle Gauthier-Villars (P.), *pr. s. ch.* ; MM. Abelanet (R.); Busser (F.); Chomette (G.); Gouygou (Ch.), *m. conf.* ; Nezeloff (Ch.); Orcel (L.); Paillas (J.).

Anesthésiologie :
MM. Kern (E.); Vourc'h (G.).

Bactériologie :
MM. Barbier (P.); Christol (D.); Le Minor (L.); Tournier (P.).

Biochimie médicale :
MM. Baulieu (Et.), *m. conf.* ; Bourillon (R.); Cartier (P.); Dreyfus (J.-Cl.); Gonnard (P.); Kruh (J.); Jérome (H.).

Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports : M. Plas (F.).

Carcinologie :
MM. Boiron (M.); Denoix (P.); Mathé (G.); Seligmann (M.).

Dermato-Syphiligraphie :
MM. Civatte (J.); Duperrat (B.).

Electro-Radiologie :
M. Ledoux-Lebard (G.).

Hématologie :
MM. Bessis (M.); Bilski-Pasquier (G.); Dausset (J.); Duhamel (G.).

Histologie :
MM. Coujard (R.), *pr. s. ch.* ; Marois (M.); Racadot (J.).

Hydrologie :
MM. Besançon (F.); Cornet (A.).

Hygiène :
MM. Boyer (J.), *pr. s. ch.* ; Blancher (G.); Mlle Corre-Hurst (L.); M. Sapin-Jaloustre (H.).

Maladies infectieuses :
MM. Bastin (R.); Dupont (V.).

Médecine légale :
MM. Derobert (L.), *pr. s. ch.* ; Fournier (E.); Gueniot (M.); Hadengue (A.).

Médecine du travail : M. Albahary (C.).

Neuro-chirurgie : M. Pertuiset (B.).

Obstétrique :
MM. Granjon (A.); Hervet (E.); Le Lorier (G.); Lévy (J.); Morin (P.); Musset (R.); Robey (M.); Senèze (J.); Sureau (C.); Thoyer-Rozat (J.).

Ophtalmologie :
MM. Brégeat (P.); Dubois (A.); Saraux (H.).

Orthopédie :
MM. Judet (R.); Meary (R.); Postel (M.); Ramadier (J.).

Oto-rhino-laryngologie :
MM. Debain (J.); Pialoux (P.).

Parasitologie :
MM. Golvan (Y.); Lapierre (J.).

Pathologie chirurgicale :
MM. Barcat (J.); Binet (J.-P.); Cauchoix (J.); Cerbonnet (G.); Chatelin (C.-L.); Dubost (Ch.); Dubost (Cl.); Faurel (J.); Flabeau (F.); Garbay (M.); Garnier (H.); Gaudart d'Allaines (Cl. de); Germain (A.); Lataste (J.); Lévêque (B.); Loygue (J.); Mercadier (M.); Natali (J.); Pellerin (D.); Perrotin (J.); Robert (H.); Thomeret (G.).

Pathologie exotique : M. Schneider (J.).

Pathologie expérimentale :
MM. Benhamou (J.-P.); Berthaux (P.); Boivin (P.); Crosnier (J.); Hartmann (L.); Lœper (J.); Maurice (J.); Mikol (Cl.); Richet (G.).

Pathologie médicale :
MM. Aussannaire (M.); Bouvier (J.); Bouvrain (Y.); Bricaire (H.); Brissaud (H.); Brocard (H.); Buge (A.); Catinat (J.); Chrétien (J.); Coblentz (B.); Contamin (F.); Coury (C.); Etienne (J.-P.); Frezal (J.); Fritel (D.); Hennequet (A.); Himbert (J.); Housset (E.); Laroche (Cl.); Lesobre (R.); Macrez (C.); Moreau (L.); Nick (J.); Royer (P.); Tourneur (R.); Wolfromm (R.).

Pédiatrie-Puériculture :
MM. Joseph (R.); Lafourcade (J.); Lepercq (G.); Mande (R.); Mozziconacci (P.); Polonovski (C.); Rossier (A.); Vialatte (J.).

Pharmacologie :
MM. Boissier (J.); Lechat (P.).

Physiologie :
MM. Barres (G.); Dejours (P.); Durand (J.); Girard, *m. conf.* ; Hugelin (A.); Scherrer (J.).

Physique médicale :
MM. Chanteur (J.); Gougerot (L.), *m. conf., pr. s. ch.* ; Gremy (F.), *m. conf.* ; Milhaud (G.); Pellerin (P.); Roucayrol (J.-Cl.); Tubiana (M.), *m. conf.*

Pneumo-phtisiologie :
MM. KREIS (B.); MEYER (A.); RENAULT (P.).

Psychiatrie : M. PICHOT (P.).

Psychiatrie infantile :
MM. DENIKER (P.); DUCHÉ (D.); FLAVIGNY (H.); LAPRESLE (J.).

Rhumatologie : M. DELBARRE (F.).

Stomatologie :
M. CERNÉA (P.); Mme CHAPUT (A.), *m. conf. agr.*; M. GRELLET (M.).

Thérapeutique :
MM. CHASSAGNE (P.); LAMOTTE (M.); MARCHE (J.).

Urologie :
MM. AUVERT (J.); MOULONGUET (A.); QUENU (L.).

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

Anatomie : M. DEBEYRE (J.).

Clinique chirurgicale :
MM. ABOULKER (P.); AMELINE (A.), *pr. s. ch.*; VERNE (J.-M.).

Clinique médicale :
MM. PERRAULT (M.); RAMBERT (P.); THIEFFRY (S.).

Clinique obstétricale :
MM. GRASSET (J.); MAYER (M.).

Clinique ophtalmologique :
MM. DESVIGNES (P.); OFFRET (G.).

Clinique oto-rhino-laryngologique :
M. MADURO (R.).

Clinique pédiatrique et puériculture :
M. LAPLANE (R.).

Clinique psychiatrique : M. BARUK (H.).

Clinique urologique : M. KUSS (R.).

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie . . . . . M. HAUDUROY (P.), *prof. sans chaire*

Pathologie chirurgicale . . . . . M. RUDLER (J.), *prof. sans chaire*

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

M. BOLTANSKI (E.) — M. LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . M. LENA (J.)

Secrétaire principal . . . . . Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateur . . . . . Mlle DUMAITRE (P.)

Bibliothécaires . . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538124_0077

A MA FEMME

A MA FILLE

A MES PARENTS

A Monsieur le Professeur DEPARIS

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Hommages respectueux.

Debdaba est une agglomération, séparée de Colomb-Béchar par l'Oued-Béchar, et qui forme, en gros, la banlieue ouvrière du chef-lieu de la Saoura.

Durant de nombreuses années, ce ne fut qu'un lieu-dit, rattaché à la Commune Mixte de Colomb-Béchar, et c'est en mars 1959 que Debdaba devint le siège d'une Commune de type A, dite aussi de plein exercice, qui comprend actuellement trois agglomérations principales :

— Debdaba-Centre, de type citadin.
— Ouakda, de type rural.
— Ksar-Ould-el-Mir, de type nomade.

Les limites actuelles de cette commune suivent une ligne imaginaire jalonnée par les points suivants : vers le Nord, l'Oued-Béchar jusqu'à 1 km au nord de Ouakda et la Nif-el-Rehra jusqu'à Ben-Zireg, au pied de l'imposant Djebel-Antar. Vers le Sud, une série de puits : Hassi-Djir, Hassi-el-Mir et Hassi-Mezzou; de là, en direction de l'Ouest, El-Moungar et Menouarar, puis une ligne aboutissant à l'Oued-Béchar à la hauteur du Tarf.

Debdaba-Centre est contigu à Colomb-Béchar dont il n'est séparé que par le radier de l'Oued. Il comptait, en octobre 1961, environ 11.500 habitants, occupant 2.000 maisons.

Debdaba, dont la traduction phonétique est « Terre qui résonne » et qui signifie « Lieu de passage » est un carrefour de races, de nationalités, de collectivités les plus diverses, formant une cité essentiellement musulmane, contrastant avec Colomb-Béchar, où prédominent les populations de souches française, européenne et israélite.

Banlieue du chef-lieu de la Saoura, Debdaba présente tous les aspects d'une cité à caractère mixte où de modestes maisons, de style européen, ne dépassant pas un étage, s'imbriquent dans des constructions de conception locale, faites en torchis, sans fenêtres extérieures, comprenant trois à cinq pièces s'ouvrant dans une cour intérieure.

Le tout forme un ensemble cohérent où perce un certain sens des exigences de l'urbanisme : quatre rues principales, sensiblement parallèles à la direction de l'Oued-Béchar, longues de 800 mètres environ, larges de 6 à 8 mètres, bien dégagées, sont coupées de six grandes rues transversales tout aussi larges, tandis que de nombreuses ruelles aboutissant à l'Oued confèrent à la ville un caractère certain de « Médina ».

Ouakda dresse ses murs à 4 km au Nord de Debdaba; il réunissait à la même époque un peu plus de 700 âmes. C'est un village essentiellement agricole, comme en témoigne l'existence de palmiers-dattiers et de nombreux jardins, bien tracés et remarquablement entretenus, où les autochtones pratiquent la culture des primeurs; l'ensemble constitue, en toute saison, une oasis de fraîcheur et de verdure. Le village lui-même est un « Ksar », vieux village fortifié, témoin des luttes qui opposèrent les Ouakdis, éleveurs et cultivateurs, aux bandes pillardes nomades. Le « Ksar » est formé de hautes bâtisses, édifiées à même le roc; toutes les maisons communiquent entre elles par un réseau de tunnels, formant un véritable labyrinthe sous la ville.

Descendus il y a neuf siècles des versants marocains de l'Atlas, les Berbères Ouakdis se sont accrochés à un sol qu'ils ont fait leur, par un labeur incessant, en irrigant une terre ingrate de laquelle ils ont su tirer une richesse qui, si elle reste modeste, est néanmoins réelle. Limitant leurs relations avec les populations, tant de Debdaba que de Colomb-Béchar, à de stricts rapports de bon voisinage et à des échanges commerciaux, les Ouakdis ont conservé leurs coutumes ancestrales, leur dialecte « Chleuh », tout en s'assimilant par ailleurs à la langue du pays et en améliorant leurs cultures grâce aux ressources de la technique moderne.

Ksar-Ould-el-Mir est un douar qui rassemble, autour d'un poste militaire, toutes les tentes des Ouled-Djerir nomades, éleveurs de dromadaires.

Ce douar est situé à trois heures de piste de Colomb-Béchar, de l'autre côté du Djebel-Béchar qu'il faut contourner pour s'y rendre, dans la vallée de l'Oued-Zousfana, au milieu d'un immense plateau caillouteux cerné par les djebels. Le fait que les Ouled-Djerir aient, de tout temps, utilisé cette région désolée comme base de campement, s'explique par la présence de très nombreux puits d'eau potable et l'existence de l'Oued-Zousfana, dont les infiltrations souterraines conditionnent l'importance de pâturages suffisants pour les dromadaires, seule source de richesse de la tribu.

Ksar-Ould-el-Mir ne rassemble plus maintenant que 115 « Raïmas » ou tentes en peaux de chèvres, sous lesquelles s'abritent environ 700 personnes. Ce sont les vestiges d'une tribu qui, en 1906, comptait plus de 600 tentes. Nombre de ces nomades sont, en effet, venus se sédentariser à Debdaba-Centre; d'autres, représentant à peu près une moitié de la tribu, ont émigré vers les pâturages du Maroc, avec familles, troupeaux et tentes.

L'ensemble de ces trois agglomérations, réunies en une seule Commune, groupe donc 13.000 habitants, en octobre 1961. Par comparaison avec les chiffres donnés par le recensement d'octobre 1958, on s'aperçoit que la population s'est, en trois années, accrue de 50 % environ pour Debdaba-Centre et Ouakda. Par contre, elle s'est abaissée d'un cinquième pour Ksar-Ould-el-Mir.

Cette augmentation est un caractère commun à toute l'Afrique du Nord, la natalité, très importante, étant en excédent sur la mortalité, qui reste faible dans l'ensemble.

Il faut signaler que, si cet accroissement a porté de manière sensiblement parallèle pour la catégorie « Adultes », hommes et femmes, par contre il a été moindre en ce qui concerne la catégorie « Enfants », malgré la forte natalité déjà signalée. Pour expliquer ce fait, deux facteurs : d'une part, la plus forte proportion de mortalité chez l'enfant, surtout en bas âge, que chez l'adulte; d'autre part, le fait que tout individu est déclaré adulte à partir de quinze ans, ce qui fait qu'en trois ans, bon nombre des enfants ont pu passer dans la catégorie supérieure.

Il est à remarquer que le nombre de 11.500 habitants, se rapportant à Debdaba-Centre, ne représente pas exactement la population réelle : en effet, de nombreux « gens de passage », certains venus en quête de travail, d'autres rendant visite à des parents, sont restés incontrôlés lors de ces recensements; cette masse flottante, constante, peut être évaluée en moyenne à un millier de personnes.

Colomb-Béchar, porte du Sahara occidental, constitue un pôle d'attraction autour duquel se cristallise la quasi-totalité de la population immigrante du pays. Le développement économique de la région a eu pour conséquence première de faire du chef-lieu de la Saoura et de son faubourg un centre d'attraction et de fixation de populations d'origines, de races, et de religions les plus diverses.

L'immigration, tant européenne que musulmane, est en effet l'une des caractéristiques de la région de Colomb-Béchar et de sa banlieue.

Le charbon de Kenadsa et de Béchar-Djedid, dont l'exploitation est assurée par les Houillères du Sud Oranais, munies d'un équipement moderne, emploie une main-d'œuvre importante. Le Méditerranée-Niger, chemin de fer se proposant de réunir Oudjda au Niger, en desservant le sud de l'Ouest Saharien, emploie lui-aussi, un grand nombre d'ouvriers. La création d'une grande centrale thermique en 1956 et surtout l'implantation de bases militaires, en particulier du Centre Interarmées d'Essais d'Engins Spéciaux, l'installation d'administration les plus diverses, les nombreux chantiers de construction qui font de Colomb-Béchar une ville « champignon » en plein essor, ont créé un appel de main-d'œuvre spécialisée et de techniciens qui ne pouvaient être recrutés sur place. Ceux-ci sont des Français de souche européenne, mais aussi des étrangers d'origine, ayant acquis, pour la plupart, la nationalité française : Italiens, Espagnols surtout, ayant abandonné leur patrie d'origine lors des remous qui suivirent la révolution de 1936.

La population européenne de Debdaba-Centre ne représente pas plus de 4 % de la population totale, femmes et enfants compris. Les hommes sont, en général, des ouvriers du bâtiment, des ouvriers qualifiés, quelques-uns des fonctionnaires.

Mais si l'intense développement de Colomb-Béchar a entraîné l'immigration de nombreux ouvriers européens, qui résident d'ailleurs pour la plupart au chef-lieu du Département, il a provoqué aussi un important apport de main-d'œuvre musulmane. Les Ksouriens du Touat, du Gouara et de la Saoura ont quitté leurs oasis, soit pour la mine, soit pour les chantiers de construction et de travaux publics. Les nomades Ouled-Djerir et Doui-Menia, venus de la vallée de la Zousfana et de celle du Guir, les « Cheraga », originaires du Nord, quelques Kabyles, des Marocains, sont venus constituer ce qui est maintenant la banlieue de Colomb-Béchar.

Un tableau comparatif des origines ethniques de la population de Debdaba-Centre en donne d'ailleurs une idée :

— Originaires de Debdaba (Ouled-Djerir)	32 %
— Originaires de la région de Colomb-Béchar (Abadla, Kenadsa, Ksours du Nord)	13 %
— Originaires des régions du Sud (Taghit, Beni-Abbès, Kerzaz, Tabelbala, etc.)	17 %
— Originaires des régions du Nord (Saïda, Geryville, El-Abiodh, etc...)	26 %
— Originaires du Maroc	8 %
— Français de souche européenne et originaires de pays européens	4 %

On voit donc que les autochtones, membres de la tribu des Ouled-Djerir, ne représentent qu'à peine un tiers de la population totale. Certains sont de petits commerçants, d'autres, la majorité, des manœuvres sans qualification, d'autres enfin, de petits fonctionnaires (appariteurs, gardes-champêtres).

Les originaires du Sud sont le plus souvent des Noirs, descendants d'anciens esclaves, plus ou moins « prolétarisés », manœuvres pour la plupart.

Les Marocains sont d'anciens tanneurs, venus du Tafilalet et du Sud Marocain; ils forment une classe moyenne, surtout commerçante.

Quant à la population de Ouakda, elle est exclusivement berbère, les Ouakdis se mariant à l'intérieur de la tribu et n'admettant aucune intrusion étrangère dans leur communauté.

Celle de Ksar-Ould-el-Mir est uniquement Ouled-Djerir. Au sujet de ces derniers, quelques précisions paraissent utiles : il y a encore moins d'un demi-siècle, ils formaient une tribu d'environ 600 tentes; leurs terrains de parcours s'étendaient au Nord jusqu'aux Ksours de Boukaïs, Mogheul, à la limite de la frontière marocaine, au Djebel Grouz, Figuig, Beni-Ounif, à l'Est jusqu'à l'Oued Namous, au Sud Hassi-Mora, actuel Ksar-Ould-el-Mir, à l'Ouest Kenadsa.

Les deux ksours de Béchar et Ouakda leur servaient de dépôt pour leurs grains de réserve. Ils possédaient la presque totalité de la palmeraie de ces deux Ksours.

La tribu comprenait cinq fractions, elles-mêmes divisées en sous-fractions multiples. Pauvres et peu nombreux, les Ouled-Djerir s'étaient rendus célèbres dans l'Ouest Saharien par leurs coups de main audacieux. Surnommés « les chacals du désert », ils formaient chaque année un « djich » composé de leurs meilleurs guerriers qui effectuaient des « rezzou », tant vers le Maroc et le Sahel que vers le Sud, descendant jusqu'à Tamanrasset. Courageux, mais essentiellement enclins au brigandage, ils se rallièrent en 1908, regagnant alors leurs terrains de parcours et de culture. Beaucoup, comme il a déjà été dit, se sédentarisèrent à Debdaba, d'autres continuèrent leur élevage dans la vallée de la Zousfana et les pâturages avoisinants, beaucoup préfèrent s'installer sur les plateaux marocains.

*
* *

De cet aperçu historique, géographique et démographique, quelques conclusions peuvent se tirer.

Tout d'abord que Debdaba est une commune extrêmement polymorphe : à la fois ouvrière, rurale et nomade. Ensuite, que ce polymorphisme est aussi ethnique : races arabes, berbères, et noires se trouvent réunies. Ainsi se trouve réalisé un remarquable échantillonnage rarement rencontré en un même point en Afrique du Nord. Debdaba n'usurpe pas sa signification de « lieu de passage ».

Il paraît utile, pour compléter cette étude, et avant de passer à celle de la pathologie, de donner quelques précisions complémentaires.

La scolarisation, pour l'ensemble de la Commune de Debdaba, est assez satisfaisante, puisque plus de 1.500 enfants, filles et garçons, sont accueillis dans des écoles claires et bien équipées; il faut ajouter qu'une partie seulement de ces enfants reçoit un enseignement à plein temps, l'autre, la plus nombreuse, partageant son activité avec l'école coranique.

Quant à l'eau, elle est pompée à 72 mètres de profondeur, au niveau d'une abondante nappe calcaire, par une station principale, doublée d'une station de secours; cette eau est chlorurée calcique et sodique et quelque peu magnésienne. Certes, nombreuses sont les habitations où l'eau courante n'a pas encore fait son apparition, mais des fontaines publiques assurent à chacun la possibilité de résoudre le grand problème que constitue, dans nombre d'autres régions sahariennes, le ravitaillement en eau.

L'électricité, elle, est fournie par une grande centrale thermique, dont l'existence a déjà été signalée; elle aussi n'a pas encore pénétré tous les foyers, mais de grands travaux d'adduction, tant en eau qu'en électricité, ont déjà été accomplis, ne faisant d'ailleurs que poursuivre un plan d'aménagement entrepris, il y a longtemps,

En ce qui concerne Ksar-Ould-el-Mir et Ouakda, l'électricité y est encore inconnue, et l'eau est fournie par les puits locaux. Il faut espérer que, là aussi, le progrès de la technique permettront d'améliorer cet état de fait et apporteront à ces populations le mieux-être qu'elles désirent.

Il apparaît nécessaire d'ajouter un mot sur les moyens mis en œuvre; si l'implantation sanitaire dans la région de Colomb-Béchar remonte à 1904, le Poste de Secours de Debdaba ne fut créé qu'en 1958, et ce, du fait du développement numérique considérable de la population de cette Commune.

Quant au Centre Hospitalier de Colomb-Béchar, si sa création remonte, elle aussi, à 1904, il faut bien constater, comme le note

Perrot, que « tout était à refaire ou à créer » en 1958, et que « tout a été refait ou créé en 1961 ». « Le Centre Hospitalier peut faire figure honorable avec ses 70 lits d'adultes, ses 6 lits d'enfants et ses 20 berceaux ». Tout l'ensemble a été modernisé, « deux maternités, l'une pour indigents, l'autre pour assurés sociaux et malades payants ont été aussi ouvertes, ainsi qu'un laboratoire d'analyses et un service de radiologie ». Il faut signaler que « les malades chirurgicaux trouvent, auprès de l'équipe de l'Hôpital Militaire, le secours technique dont la formation civile ne dispose pas encore, et que les patients justiciables d'un traitement spécialisé sont dirigés sur les services compétents d'Alger ou d'Oran ».

Et il faut conclure, avec le même auteur, que « une chaîne humanitaire et charitable a ainsi été créée », que « les malades indigents, assurés sociaux ou payants affluent et font confiance à cet ensemble rénové ».

Mais cet ensemble est encore imparfait, comme l'indique Perrot, et il est à souhaiter que se fasse, comme on le prévoyait,

> « l'édification d'un Hôpital Départemental moderne qui apportera les bienfaits que le Sahara, comme toute autre région de France, est en droit d'attendre de la technique la plus récente. »

OPHTALMOLOGIE
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Qui parle d'affection oculaire au Sahara pense trachome et l'on a le droit, pour cette maladie comme pour la tuberculose de parler de maladie sociale.

Trois malades sur quatre venant consulter au dispensaire de Debdaba, tant pour leurs yeux que pour une autre symptomatologie, étaient en effet, porteurs de lésions trachomateuses. Quant aux habitants de Ouakda et aux nomades de Ksar-Ould-el-Mir, on peut dire que près de 100 % en étaient atteints.

● Le TRACHOME débute tôt, très fréquemment chez le nourrisson: on sait que le siège électif du virus est la conjonctive palpébrale, ainsi que le cul-de-sac conjonctival supérieur et la partie supérieure du limbe. La présence de follicules de la grosseur d'un tête d'épingle, s'énucléant à la pression, signe la maladie trachomateuse évolutive; deux malades sur trois présentaient ces lésions.

L'affection évolue lentement, entrecoupée d'épisodes aigus, dus à des germes de surinfection trouvant là un terrain idéal pour leur développement et favorisant celui du trachome. Les follicules disparaissent peu à peu, faisant place à un tissu scléreux cicatriciel qui rétracte la paupière supérieure, réalisant un entropion; les cils viennent frotter sur la cornée; c'est le trichiasis que les Arabes appellent « Cheveux dans les yeux ». Quant à la cornée, elle est envahie par une néo-vascularisation centrée par les follicules limbiques, constituant le pannus trachomateux; chez de nombreux malades, on rencontre des taies, correspondant à d'anciennes ulcérations.

A l'adolescence déjà, les lésions sont fréquemment au stade cicatriciel.

Massin, à l'Hôpital franco-musulman de Bobigny, note que :

« Le développement du virus trachomateux chez l'homme est considérablement favorisé par de mauvaises conditions de vie : entassement et promiscuité, défauts d'hygiène, manque d'eau en particulier. »

« Il est classique de dire, ajoute Massin, que le trachome s'en va quand l'eau courante pénètre dans l'habitation. »

Le même auteur note par ailleurs que

« en Afrique du Nord, les enfants sont couramment contaminés par les mères, par les linges souillés, par les mouches » et que « enfin, les déficiences de l'état général, dues à une mauvaise alimentation, jouent un rôle important. »

Tous ces facteurs paraissent être effectivement responsables du trachome, mais deux de ceux-ci sont essentiels.

D'une part, les conditions de vie défavorables : Mme M.-L. Imbert de la Touche, observant le milieu scolaire saharien, note que les pourcentages les plus élevés de la maladie trachomateuse chez les écoliers musulmans se rencontrent à El-Oued et Ouargla, où le paupérisme est le plus répandu. A Colomb-Béchar et pour l'ensemble de la région, elle relève des pourcentages bien moindres et constate que la population, plus laborieuse, a un niveau de vie sensiblement plus élevé. Il faut signaler qu'il s'agit là d'enfants scolarisés, donc soumis pour la plupart au traitement préventif systématique institué dans les écoles, et, par-là même, moins atteints que leurs aînés qui n'avaient que bien rarement bénéficié du traitement prophylactique.

Le même auteur, pour bien mettre en évidence l'importance des conditions de vie, met en parallèle les enfants européens scolarisés : alors qu'à Ouargla le pourcentage de morbidité est nul et qu'il est inférieur à 5 % à Laghouat, il s'élève à 12 % dans la région de Colomb-Béchar, où il existe un prolétariat européen.

D'autre part les mouches sont le second facteur de l'endémie trachomateuse et de loin le plus important, puisque ce sont elles qui transmettent le virus. Leur pullulation pose au Service de Santé au Sahara d'immenses problèmes.

Elles pondent leurs œufs sur la moindre matière organique en décomposition et dans les fosses d'aisance. L'absence d'égouts et de fosses septiques, la stagnation des ordures ménagères dans les cours intérieures ou devant la porte des habitations, ne font que favoriser le développement de ces insectes. D'autre part, la promiscuité avec les animaux domestiques (moutons, chèvres, poules qui cohabitent pratiquement avec l'indigène) ne fait qu'attirer un peu plus l'effroyable parasite de l'homme et en particulier de l'enfant.

que constitue la mouche au Sahara. On note une nette recrudescence du trachome au mois de septembre, où se pratique la cueillette des dattes, et où les mouches sont en nombre maximum.

Les infections surajoutées sont, comme il a déjà été indiqué des accidents évolutifs communs à tout trachome : favorisées d'une part par l'état de la paupière, où les germes trouvent toutes les conditions favorables de développement, d'autre part par les facteurs étiologiques : manque d'hygiène, linges souillés, etc... Il s'agit de conjonctivites à bacilles divers, dont la preuve bactériologique était d'ailleurs difficile à affirmer.

La prophylaxie est évidemment très difficile à réaliser : il faudrait supprimer tous les dépôts d'ordures ménagères non contrôlés et surtout éduquer le Musulman pour qu'il comprenne la nécessité de la lutte anti-larvaire. Contre les mouches adultes, la lutte reste tout aussi difficile; une pulvérisation sur les murs de chaque habitation par le D.D.T. en solution dans le pétrole fut bien envisagée en 1960, mais elle se révéla techniquement impraticable.

En fait, la seule prévention contre le trachome reste le traitement prophylactique, tel qu'il est réalisé dans les écoles depuis 1957.

> « Le traitement institué est de type intermittent... Mis au point par l'Organisation Mondiale de la Santé, il consiste en applications biquotidiennes de pommade ophtalmique à l'auréomycine trois jours consécutifs par mois, pendant six mois consécutifs. »

La réalisation de ce traitement est, en pratique, confié, non pas au médecin, mais aux instituteurs.

Le traitement curatif est à base de collyre à l'auréomycine, à la gantrisine ou à la chloromycétine, qui agissent surtout sur les germes surajoutés, et surtout d'injections sous-conjonctivales de dérivés cortisoniques, qui diminuent de façon remarquable l'apparition de lésions cicatricielles scléreuses. Il faut signaler que le Sultirène, par voie générale, paraît apporter d'excellents résultats.

Quant aux entropions-trichiasis, ils sont justiciables d'un traitement chirurgical, en l'occurence plastie de la paupière, suivant la méthode de Trabut ou de Pannas; c'est ainsi que 75 interventions ont été pratiquées au Dispensaire de Debdaba.

● Mais le trachome n'est pas la seule affection oculaire rencontrée au Sahara; les CONJONCTIVITES SAISONNIÈRES, surtout printannières, quelques-unes automnales, ne sont pas rares : elles ressemblent d'ailleurs au trachome et la confusion est fréquente. Elles rechutent généralement et leur traitement est assez décevant.

● La KÉRATO-CONJONTIVITE PHLYCTÉNULAIRE, comme le note Massin, ne révèle pas nécessairement une primo-infection tuberculeuse. Elle coexiste assez souvent, comme le remarque le même auteur, avec une affection des fosses nasales.

● Le PTÉRYGION est lui aussi très fréquent, car c'est une maladie des pays du soleil, et sa fréquence « est augmentée par la chaleur et la sécheresse ». Son grand inconvénient est, sinon d'être dysesthétique, du moins

> « d'entraîner une diminution de l'acuité visuelle par l'astigmatisme inverse de la cornée qu'il provoque et aussi parfois en envahissant la partie centrale de la cornée qui constitue l'aire visuelle. » (Massin).

● La CATARACTE est aussi fréquemment rencontrée; elle se voit souvent chez des sujets jeunes, vers la quarantaine. Il s'agit de cataractes blanches, totales, de type pathologique. Certains ont invoqué, dans la pathogénie de cette affection, des carences et des déséquilibres alimentaires. Le fait que l'âge moyen du Nord-Africain atteint est bas, que l'affection est fréquente, le plus souvent de type pathologique, que le régime est certainement déséquilibré, constitue, à coup sûr, un argument en faveur de cette hypothèse.

● Quant au GLAUCOME, il est surtout chronique chez le Saharien, et relativement fréquent. Le traitement en est difficile, les malades comprenant mal qu'il leur faille instiller des myotiques avec régularité dans la même journée. Quant à l'intervention, elle n'est que rarement acceptée pour l'œil conservant encore une vision utile, jugée par contre nécessaire par eux pour l'œil déjà aveugle. On peut affirmer, avec Massin, que

> « le Nord-Africain glaucomateux est voué à la cécité à plus ou moins longue échéance. »

● Les TRAUMATISMES DU GLOBE OCULAIRE ET DES PAUPIÈRES ne sont pas exceptionnels, surtout chez ces sujets assez enclins à l'emportement. Ils sont habituellement bénins.

On peut donc affirmer que la pathologie oculaire du Nord-Africain dans la région de Colomb-Béchar est très riche. Ceci a d'ailleurs justifié la création d'un poste de Médecin-Ophtalmologiste à plein temps pour le Département de la Saoura depuis le mois de décembre 1960. Le titulaire faisait une visite hebdomadaire à Debdaba, n'examinant que les malades triés au préalable à la consultation de médecine générale.

En conclusion, on peut dire, avec J. Massin et J. Crouzet, que

« la pathologie du Nord-Africain est conditionnée par son genre de vie. Elle en est la conséquence. Elle dit que ces hommes ont souffert depuis longtemps de la promiscuité, du manque d'eau, du manque d'hygiène, d'une alimentation souvent insuffisante, bien plus souvent déséquilibrée et carencée en vitamines, qu'ils ont souffert et souffrent encore de l'ignorance. Or, la prévention prime la thérapeutique. L'action des médecins est peu de chose et il leur est difficile de réparer les dégâts causés par ces fléaux. Ce sont eux qu'il faut faire disparaître si l'on veut faire disparaître les maladies sociales qui handicapent encore fortement les Nord-Africains, en particulier le trachome. »

Quant à la pathologie oto-rhino-laryngologique, elle est, certes, très abondante, mais bien banale : neuf fois sur dix, il s'agit d'enfants présentant une angine, une otite catarrhale ou suppurée. Un fait digne d'être noté est, comme le remarque Pillière de Tanouarn chez le musulman transplanté, que les infections sont plus fréquentes, traînantes, aggravées par une mauvaise hygiène et que les signes fonctionnels sont, habituellement, très accentués.

Un autre fait, comme l'ont constaté Leroux et Meunier à l'Hôpital Franco-Musulman de Bobigny, est que les surdités par traitement prolongé à la Dihydrostreptomycine sont pratiquement inexistantes. Il s'agit là, très probablement, d'une résistance du système neurologique des Nord-Africains, comme on le verra plus loin.

PATHOLOGIE RESPIRATOIRE

La morbidité, à Debdaba, est dominée outre par le trachome, par les affections pulmonaires, tant aiguës que chroniques. On peut affirmer, en effet, qu'un malade sur cinq vient consulter pour un syndrome pulmonaire, le plus souvent aigu d'ailleurs, épisode brutal venant, en général, se greffer sur un fond de pneumopathie chronique que l'on retrouve à l'interrogatoire.

Pour dix affections respiratoires, on peut considérer qu'un peu plus de neuf sont des affections non tuberculeuses, la tuberculose apparaissant à Debdaba tout au moins, beaucoup plus rare que dans nombre de régions sahariennes.

I. — AFFECTIONS PULMONAIRES NON TUBERCULEUSES

● Les BRONCHITES CHRONIQUES passent au premier plan : bronchite arabe, bronchite des Tirailleurs, ces simples dénominations suffisent à inférer de sa fréquence.

Neuf fois sur dix, la radiographie ne révèle qu'un aspect banal de sclérose pulmonaire avec emphysème.

Pour Levi-Valensi, il s'agirait là de tuberculose chez d'anciens syphilitiques. En fait, quelques réactions de Bordet-Wassermann pratiquées chez de tels malades (et pour d'autres raisons) n'ont, en aucun cas, apporté d'argument en faveur de cette étiologie.

Pour le même auteur, le quart de ces malades, présentant une bronchorrhée chronique, serait porteur d'une tuberculose fibreuse, bactériologiquement et radiologiquement certaine. Jamais ce cas n'a été rencontré sur plus de 1.000 malades différents venant consulter pour une affection respiratoire : il faut dire cependant que seule la recherche de BK par examen direct était praticable à Colomb-Béchar.

● Les SUPPURATIONS BRONCHO-PULMONAIRES sont aussi de grande fréquence : à type de bronchorrhées purulentes uniquement. En préciser l'étiologie était difficile, car il n'était pas possible de pratiquer bronchoscopie et bronchographie à Colomb-Béchar. Mais ces suppurations sans cause bien évidente, survenant chez des sujets assez jeunes, à cuti-réaction positive, font penser à la possibilité de séquelles de primo-infection tuberculeuse ancienne; ce fait a d'ailleurs retenu l'attention de J. Le Melletier et J.-L. Coadou qui constatent, chez des sujets Nord-Africains transplantés, hospitalisés au Centre Hospitalier Régional de Versailles, que

« beaucoup de musulmans font, dans leur pays, des primo-infections sévères qui donnent lieu à des lésions ganglionnaires volumineuses. »

Une proportion notable des malades, observés par Le Melletier et Coadou

« conservent de cet épisode ancien l'image radiologique d'un hile remanié et, lorsqu'on est amené à faire une bronchoscopie, il est fréquent de constater chez eux des déformations bronchiques : modification de direction d'un tronc, ou réduction de calibre d'un orifice, dont le voisinage d'une calcification signe la nature dans les cas les plus favorables. »

L'auteur conclut en disant que

« l'on pourrait être tenté d'expliquer par le changement de climat la sensibilité respiratoire des Nord-Africains transplantés dans la Métropole. »

Mais il souligne aussi

« la fréquence des bronchopneumopathies dans leur pays d'origine, ce qui contredit cette interprétation. »

D'autre part ces malades n'avaient jamais été en contact avec les fumées d'usine, très peu avec les gaz d'échappement d'automobiles et, dans l'ensemble, ont peu abusé du tabac. Bref, tous les facteurs habituellement invoqués pour justifier l'existence de bronchopneumopathies purulentes sont inexistants. L'étiologie reste, en fin de compte, assez mystérieuse et aussi obscure que celle des bronchopneumopathies chroniques observées dans les autres pays.

● Le CANCER BRONCHO-PULMONAIRE est inconnu, ce qui confirme bien la rareté des tumeurs malignes en pathologie nord-africaine, fait observé d'ailleurs aussi chez les musulmans transplantés en Métropole. Peut-être là les facteurs déjà indiqués : absence de fumées industrielles, de gaz d'échappement, etc... jouent-ils un rôle ?

● Aucun cas de KYSTE HYDATIQUE PRIMITIF DU POUMON n'a été rencontré; par contre deux cas de pleurésie enkystée, par suite de fistulisation à la plèvre de kyste hydatique de la face supérieure du foie, ont été notés.

● Quant aux PNEUMOPATHIES AIGUES, type pneumonie franche lobaire aiguë et bronchopneumonies, elles restent rares chez l'adulte. Par contre, elles sont d'une fréquence extrême chez l'enfant et seront décrites au chapitre consacré à la pathologie de l'enfant nord-africain.

II. — LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

La tuberculose pulmonaire paraît moins fréquente chez le Nord-Africain dans son pays d'origine, tout au moins à Debdaba, que chez le Nord-Africain transplanté en Métropole. On ne peut cependant affirmer qu'il en est de même sur tout le territoire saharien, car de nombreux médecins, exerçant au Sahara, ont constaté l'extrême morbidité de la maladie tuberculeuse. Peut être peut-on dire que les conditions de vie relativement favorables de la population de Debdaba par rapport aux autres populations sahariennes conditionnent cet état de fait. Il faut ajouter que les Nomades sont particulièrement touchés, certainement du fait de leurs conditions de vie défectueuses, les « grands espaces » ne contrebalançant pas l'alimentation insuffisante.

La plupart des Nord-Africains atteints par la tuberculose sont jeunes : moins de trente-cinq ans dans l'ensemble.

Ce caractère de morbidité du sujet jeune, vérifié aussi chez le transplanté, paraît confirmer que l'âge moyen de la tuberculose est plus bas chez le musulman que chez l'européen. L'affection semble, dans cette population, toucher l'homme de préférence dans la proportion de 4 pour 1. Chez l'enfant, le sexe masculin semble aussi plus atteint.

Ce ne sont pas la toux, l'expectoration, symptômes banaux chez l'Arabe, pas plus que l'asthénie et l'amaigrissement, dont le malade ne s'inquiète que fort tardivement, qui amènent à consulter : ce sont, le plus souvent, de grands épisodes aigus fébriles, parfois des hémoptysies. Il reste habituellement très difficile de faire préciser dans quelle mesure ces épisodes constituent l'élément initial de la maladie. Il faut noter que, chez l'enfant, ces

manifestations bruyantes se révèlent moins fréquentes et que c'est surtout la pratique de cuti-réaction, suivie d'examen radiologique, qui permet de déceler des lésions cliniquement muettes.

L'aspect radiologique des lésions présente une caractéristique : l'étendue importante des images pathologiques. Les types le plus souvent rencontrés sont des images macronodulaires diffuses, des cavernes plus ou moins volumineuses, fréquemment multiples (7 chez un même malade), parfois des pleurésies; les localisations ganglionnaires médiastinales sont assez fréquentes, comme il a déjà été signalé. Par contre, aucun cas de miliaire n'a été rencontré dans ce lot de malades. Les grands problèmes qui se posent sont finalement ceux de la prévention et du traitement.

Nombre de ces malades refusent l'hospitalisation et n'acceptent qu'un traitement ambulatoire; ils comprennent mal la nécessité du repos. La chimiothérapie amenant assez rapidement l'amélioration de l'état général, la disparition des signes fonctionnels, la plupart des tuberculeux se considèrent comme guéris et cessent d'eux-mêmes toute thérapeutique. C'est ce qui se passe habituellement lorsqu'on arrête une longue série de streptomycine : pour l'Arabe, toute thérapeutique buccale ou rectale est inefficace et s'il n'y a plus de piqûres, c'est que le mal est guéri. Le malade disparaît alors, pour revenir deux mois après avec des lésions plus importantes qu'avant traitement. Certains comprennent cependant la nécessité d'une hospitalisation, d'une thérapeutique ambulatoire prolongée par la suite, avec des contrôles radiologiques fréquents et surveillance de la vitesse de sédimentation. Chez ces malades, malheureusement rares, on peut dire que les résultats enregistrés sont satisfaisants.

Un autre problème est celui de l'éloignement et de la vaccination des anergiques de l'entourage : le malade comprend difficilement qu'il puisse contaminer ses enfants, et, s'il ne fait jamais de difficultés pour que l'on vaccine ceux-ci, il n'admet pas d'être séparé d'eux et cela crée évidemment bien des difficultés. Il faut, avec Bied,

> « fonder de gros espoirs sur la campagne de vaccination par le B.C.G. qui va être entreprise chez tous les sujets de moins de vingt ans et sur la mise en demeure qui devra être faite au malade d'avoir obligatoirement à se soigner. »

PATHOLOGIE GENITO-URINAIRE ET OBSTETRICALE

Il s'agit là d'une pathologie importante, puisque elle représente 1 malade sur 5 chez l'adulte et 1 consultation sur 4 chez la femme.

La pathologie de l'enfant n'est représentée que par quelques infections aiguës des voies urinaires, de rares glomérulonéphrites et un cas de néphrose lipoïdique.

Celle de l'homme n'offre aucun caractère particulier : banales hypertrophies prostatiques, quelques tuberculoses épididymo-testiculaires, un cas de tuberculose rénale et, bien entendu, des uréthrites gonococciques, mais dont le nombre est le même que celui que l'on rencontrerait dans une consultation semblable en Métropole.

La pathologie de la femme reste donc la plus importante : sur le plan urinaire, il s'agit la plupart du temps de banales pyélonéphrites; sur le plan génital, de dysménorrhées surtout, qui restent de loin les plus fréquentes; il faut signaler aussi l'extrême fréquence des hémorragies intermenstruelles, réduites habituellement d'ailleurs à de simples leucorrhées sanguinolentes. La stérilité est assez souvent un motif de consultation, car elle est, pour le mari, et d'après la loi coranique, une cause de divorce. Les autres affections de la sphère génitale ne posent aucun problème particulier, tant dans leur fréquence que dans leur nature. Quant au cancer, il est là encore, pratiquement inexistant.

C'est surtout la pathologie obstétricale qui presente un intérêt :

L'âge moyen de la grossesse paraît, contrairement aux opinions généralement admises, le même que celui observé dans la population métropolitaine, c'est-à-dire maximum entre vingt-deux et vingt-sept ans. Cependant l'âge de la primiparité est indiscutablement plus bas : une sur deux des primipares a, en effet, entre quinze et dix-neuf ans, et c'est ainsi que l'on trouve à cet âge des femmes ayant déjà un enfant, voire trois (1 cas). Il faut dire que les fillettes sont déclarées nubiles, malgré la loi, vers treize ans,

onze ans même à Ksar-Ould-el-Mir; leur puberté est certes un peu plus avancée que celle de l'européenne, mais elle ne paraît cependant pas avoir la précocité qu'on veut bien lui attribuer.

Les vomissements des trois premiers mois de la grossesse sont l'exception. Par contre, comme le constate J. Bonhomme, les interruptions de grossesse, suivies de fausse couche spontanée, sont plus fréquentes et elles surviennent chez ces grandes multipares jeunes, mais enceintes à longueur d'année; il faut noter par ailleurs que l'avortement provoqué ne se rencontre jamais.

Les accidents de fin de grossesse, type hématome rétroplacentaire ou éclampsie, ne se sont jamais présentés, mais, par contre, on est frappé par le grand nombre de femmes présentant des œdèmes plus ou moins généralisés, avec une prise de poids considérable, sans élévation de la tension artérielle ni albuminurie; le régime désodé est accepté assez facilement par la femme, mais sa mise en pratique est en fait impossible, car la cuisine arabe est riche, outre en calories, lipides et sucres, en épices les plus diverses, dont le sel n'est pas le moins abondant. Il faut noter d'ailleurs, à ce sujet, qu'il est très difficile, en milieu saharien, de se passer de chlorure de sodium, du fait de la température très élevée qui crée, par sudation, d'importantes pertes, tant en eau qu'en sel.

L'association diabète - grossesse n'a jamais été rencontrée; par contre, la syphilis s'est révélée une fois, l'enfant naissant apparemment sain, mais présentant une roséole typique trois semaines plus tard. L'association à la tuberculose pose le problème de l'isolement de l'enfant dès la naissance, mais celui-ci est impossible, la famille ne l'acceptant jamais; il faut dire d'ailleurs qu'il est pratiquement irréalisable.

Quant à l'accouchement lui-même, s'il est fait en milieu hospitalier, ce qui se voit de plus en plus fréquemment, il ne pose habituellement pas de grands problèmes; certes, le travail est toujours long, même chez la grande multipare, du fait de l'atonie utérine due à des grossesses répétées et rapprochées; de plus, la femme ne coordonne pas ses efforts, pousse bien souvent en dehors des contractions.

Si l'accouchement est fait par contre à domicile, on peut être certain de rencontrer des difficultés.

Les accouchements que doit faire le médecin, écrit Bied,

> « sont, pour la plupart, difficiles et décevants : ce sont ceux dont les matrones n'ont pu venir à bout. Et ceci souvent, alors que la parturiente est en travail depuis un ou deux jours. »

Il est, en effet, de règle de n'appeler le médecin que lorsque le travail n'avance pas, qu'il existe une dystocie quelconque, voire une complication. On ne rencontre donc habituellement que des sièges, souvent avec procidence d'un membre, des gémellaires, des procidences du cordon, plus rarement un bassin rétréci.

Différents facteurs compliquent encore le problème; tout d'abord le milieu familial, qui considère que la parturiente est, non pas en train d'accomplir un acte physiologique, mais en proie à une maladie : la piqûre sera donc toujours réclamée avec insistance pour que cette « maladie » cesse au plus vite. Ensuite, les conditions de l'accouchement : pièce noire, comme on l'a vu, à même le sol en terre battue, sans aucune asepsie possible. La femme enfin, chez laquelle on a bien du mal à pratiquer un examen, qui pousse de manière désordonnée et se met en position accroupie pour faciliter ses efforts.

Tout ceci montre la difficulté de la pratique obstétricale en milieu saharien.

Les dystocies osseuses ne paraissent pas particulièrement fréquentes; les hémorragies de la délivrance, malgré ces utérus atones, les infections du post-partum, malgré ces mauvaises conditions de travail, sont rares.

Le nouveau-né ne présente pas de pathologie bien particulière. L'infection du cordon ne se rencontre jamais, bien que l'enfant soit enduit de henné, des pieds à la tête, dès sa naissance.

L'allaitement au sein est de 100 %, la femme ne refusant jamais ce mode de nutrition, bien au contraire.

Les contre-indications, tuberculose en particulier, ne sont jamais respectées. Quant aux abcès du sein, ils apparaissent assez tardivement, sont toujours vus à un stade très avancé et sont, le plus souvent multiples.

On peut conclure en disant que la pathologie urinaire et de la sphère génitale est, en fin de compte, assez identique à celle de la femme métropolitaine sauf en ce qui concerne le cancer; la pathologie obstétricale, si elle est dominée par la lenteur du travail, l'atonie utérine, la rareté des complications, offre des caractères particuliers dus aux conditions de vie, aux traditions et au psychisme de l'Arabe.

DERMATOLOGIE

La pathologie dermatologique du Saharien est fort riche et variée : toutes les affections sont à peu près rencontrées. Ce sont surtout les enfants qui en sont atteints, dans la proportion de 4 pour 5 : il semble, en effet, que l'enfant musulman soit extrêmement sujet aux affections cutanées, certainement du fait de son hygiène précaire.

Il faut dire aussi qu'il est habituellement très difficile de cataloguer d'emblée les lésions, car celles-ci ont été bien souvent déjà « traitées » par des applications de poudres de fabrication locale et charlatanesque.

Ceci étant précisé, il faut constater que certaines dermatoses apparaissent plus courantes; c'est ainsi que le prurigo strophulus est d'une très grande fréquence, de même que l'eczéma; ce dernier est d'ailleurs assez souvent en rapport avec des applications médicamenteuses externes (association mercurochrome - sulfamides) par le malade lui-même et de sa propre initiative. Les pyodermites : impétigo, kérion de Celse surtout, ne sont pas rares, de même que l'echtyma, en particulier chez des femmes porteuses de varices. Cette dernière affection pose habituellement un gros problème diagnostique avec une parasitose couramment rencontrée à Debdaba, et dans toute la région, qui est la leishmaniose cutanée.

En Afrique du Nord, note Tomari,

> « le bouton d'Orient est surtout fréquent dans les zones sahariennes, d'Algérie, de Tunisie et du Maroc; en Algérie même, le foyer essentiel se situe dans la région de Biskra (Sud Constantinois)... Cependant des foyers existent dans toute la zone saharienne (Laghouat : Sud algérois. Région de Colomb-Béchar, dans le Sud Oranais). »

Les réservoirs de virus, au Sahara, sont les gerboises, qui présentent des lésions cutanées au niveau des oreilles, le chien surtout qui, d'après Tomari, constituerait le réservoir de virus pour

la race urbaine. Et le même auteur note que *Leishmania tropica* est inoculable à différents mammifères : chiens, chats, rongeurs, qui sont fort nombreux dans la région étudiée.

L'affection se rencontre surtout en été, ce qui correspond bien à la biologie du phlébotome; en effet, les insectes adultes survivennent durant les mois chauds et meurent à la fin de l'automne, après la ponte de la femelle qui, se nourrissant de sang durant la nuit, constitue l'agent vecteur. Mais il faut insister aussi sur le fait que la transmission de la maladie peut être directe, et c'est ce qui paraît le plus fréquent à Debdaba tout au moins, par contact des téguments avec des lésions en évolution, ou par l'intermédiaire d'objets souillés.

Nous avons observé fréquement, note Tomari

« des lésions parfaitement symétriques des deux mollets qui ne peuvent s'expliquer que par un contact direct. »

Dans 9 cas sur 10, le bouton de Biskra est, en région saharienne, multiple : habituellement 5 ou 6 éléments siégeant aux régions découvertes, en particulier aux jambes, qui paraissent la localisation le plus souvent rencontrée. Au début, c'est l'aspect d'un furoncle banal, nullement évocateur, mais où le traitement se révèle inefficace, ce qui doit attirer l'attention. Plus tard, les formes infiltrées en nappe, représentées par une infiltration diffuse étendue, ulcéro-croûteuse sont le plus couramment observées. C'est d'ailleurs habituellement à ce stade que le malade vient consulter, inquiet de l'inefficacité des multiples thérapeutiques locales qu'il a déjà essayées. Le diagnostic est donc, en général, difficile, les lésions n'étant nullement typiques, ressemblant, comme on l'a vu, fort à l'echtyma, tout aussi fréquent chez ces sujets dont l'hygiène est toute relative.

Cependant, deux éléments paraissent essentiels : l'infiltration constante d'une part, la notion de fréquence de l'autre, car il y a un fait indiscutable, c'est que toute lésion d'aspect furonculoïde, ou ulcéro-croûteux, qui traîne durant plusieurs mois devra faire évoquer, en Afrique du Nord, le diagnostic de leishmaniose.

Le seul examen complémentaire qui reste praticable en Afrique du Nord, du moins loin de tout grand centre spécialisé, est la recherche du parasite par examen direct sur frottis au niveau de la lésion. Cette recherche peut parfois être négative, et c'est là que l'épreuve du traitement prend toute sa valeur; l'amélioration des lésions est, en général, spectaculaire en quelques jours. L'association de Nivaquine paraît nécessiter des doses de Glucantime moindres et éviter les récidives.

La prophylaxie est évidemment fort difficile, car le phlébotome est un insecte minuscule, ses larves pratiquement introuvables dans la nature et la contagion le plus souvent directe. Quant à supprimer les réservoirs de virus, ceux-ci étant multiples, comme on l'a vu, cela paraît illusoire. La vaccination a bien été préconisée, en Palestine en particulier, mais elle n'est pas entrée dans la pratique courante en Afrique du Nord.

En conclusion, on peut dire que la dermatologie occupe une place de choix dans la pathologie saharienne, que les affections sont fort variées, certainement plus nombreuses que celles que l'on observerait sur une population européenne de même importance, et que la seule particularité en est la leishmaniose cutanée.

PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE

Bied, parlant des observations qu'il a pu faire à Metlili des Chaamba durant trois années consécutives, constate que

> « la pathologie n'offre à considérer la plupart du temps que les méfaits de l'abus de thé, qui se traduisent par un éréthisme que les femmes, qui viennent consulter pour cela, appellent " guelbi ". Elles perçoivent leurs battements cardiaques et surtout ceux de leur aorte abdominale. »

On peut dire qu'il en est de même à Debdaba, pourtant fort éloignée de Metlili, qui se trouve dans la région des Oasis, un peu au sud de Ghardaia, et dont la population n'offre aucun point commun avec celle, fort mélangée on l'a vu, de Debdaba.

Cette affection paraît donc d'une extrême fréquence chez le Saharien, en des lieux fort différents. Environ 1 femme sur 5 vient en effet consulter pour cela: car l'aorte battante se voit essentiellement chez la femme, surtout à partir de la trentaine, quelques fois chez le sujet plus jeune, parfois même chez la fillette vers douze ou treize ans, puisqu'une quarantaine de cas ont été relevés chez ces dernières. Elle paraît frapper avec prédilection les races arabes et berbères, alors que les noires semblent moins atteintes.

Elle est due, comme l'indique Bied, à un abus d'excitants, café, thé principalement, dont la consommation journalière est impressionnante, une vingtaine de verres n'étant pas rares.

L'affection se manifeste par une sensation de battements, très péniblement ressentis, au niveau de l'hypocondre gauche. Ces battements sont d'ailleurs souvent visibles, à jour frisant, surtout chez les sujets maigres et la palpation confirme l'existence d'une aorte abdominale hyperpulsatile, bondissant sous la main. Dans 9 cas sur 10, on retrouve une tachycardie associée, qui confirme bien l'étiologie.

Le traitement est difficile; bien entendu, les sédatifs améliorent considérablement les malades, mais celles-ci ne comprennent pas, sauf rares exceptions, qu'on leur supprime la boisson de base que

constitue pour elles le thé à la menthe. Comme la cause déclenchante n'est pas supprimée, la malade revient en consultation un nombre incalculable de fois, encombrant et traînant tous les dispensaires de la région.

Si la pathologie cardio-vasculaire est dominée par ce curieux syndrome, qui n'est d'ailleurs que l'équivalent des palpitations rencontrées chez l'Européen, les cardiopathies ne sont pas rares, bien que relativement peu fréquentes. Rarement des insuffisances cardiaques, elles aussi bien difficiles à traiter, le malade trouvant toujours quelque bon prétexte pour refuser l'hospitalisation et ne comprenant pas, dès l'amélioration des signes cliniques, la nécessité de poursuivre la thérapeutique; c'est d'ailleurs là un caractère commun à toutes les affections chroniques de l'Arabe ainsi qu'il a été déjà signalé.

Plus fréquemment un rétrécissement mitral, une insuffisance mitrale, qui témoignent de la fréquence, sinon du rhumatisme articulaire aigu, du moins de ses complications cardiaques chez le musulman. L'insuffisance aortique, les aortites, sont peu nombreuses. Les cardiopathies congénitales, elles, sont rarissimes : un canal artériel sur près de 3.000 enfants examinés.

L'hypertension artérielle, elle aussi, est rare. Alors que l'apport excessif en graisses d'origine animale, que le mode de vie, restent pour la plupart des auteurs et apparemment à juste titre, les facteurs essentiels de l'apparition de l'artériosclérose et de l'hypertension artérielle, que l'on considère celle-ci comme cause ou effet de l'athérome, il faut noter que l'on rencontre fort peu de cas chez le musulman. Cependant, si l'alimentation de ce dernier reste indiscutablement carencée en protides, s'il ne boit pas d'alcool et fume peu, force est bien d'admettre que sa nourriture est extrêmement riche en lipides d'origine animale : l'Arabe consomme, en effet, des bas-morceaux de mouton, où la graisse le dispute avantageusement aux fibres musculaires, et des aliments riches en toxines : œufs, abats, etc... L'infarctus du myocarde est, lui, inexistant : aucun cas n'a été rencontré. Mais peut-être était-il à l'origine de quelques morts subites constatées; rien ne permet, cependant, de l'affirmer, les contrôles anatomiques ne pouvant être pratiqués dans la population musulmane, les familles « kidnappant » littéralement leurs morts, sauf si celle-ci a été violente, pour les enterrer dans les trois heures qui suivent.

Les varices sont nombreuses, se compliquant d'ailleurs rarement; quant aux phlébites, elles ne sont pas exceptionnelles : alors que l'on ne les rencontre pratiquement jamais dans le post-partum,

elles compliquent généralement des plaies plus ou moins infectées des membres inférieurs : on les voit toujours au stade de thrombophlébite.

En conclusion, on peut dire que la pathologie cardio-vasculaire du Nord-Africain dans la région de Colomb-Béchar, n'offre pas à considérer de grandes particularités, qu'elle est certainement beaucoup moins riche que celle de l'Européen, surtout en ce qui concerne l'hypertension, l'athérome et l'infarctus du myocarde, et qu'elle reste dominée par l'éréthisme cardio-vasculaire. Elle ne pose donc pas de problèmes particuliers, sinon celui de la fréquence des complications cardiaques du rhumatisme articulaire aigu.

MALADIES INFECTIEUSES ET PARASITAIRES

Les maladies infectieuses restent, bien entendu, l'apanage de l'enfant. Elles ne paraissent pas plus fréquentes au Sahara qu'en Métropole, mais certaines, on va le voir, présentent des caractères assez particuliers.

Celle que l'on rencontre le plus est indiscutablement la coqueluche : un cas sur deux de maladie infectieuse. Elle sévit, à Debdaba, à l'état endémique, avec des recrudescences épidémiques hivernales, touchant l'enfant et le nourrisson de manière à peu près égale. Il s'agit le plus souvent de formes moyennes, se compliquant relativement peu, même chez le nourrisson; il faut ajouter que l'administration systématique de streptomycine à tous les sujets atteints ne pouvait que prévenir l'apparition de ces complications.

La rougeole par contre se révèle beaucoup plus grave et l'épidémie de juin-juillet 1961 fut l'une des grandes causes de mortalité infantile; celle de 1960 avait été beaucoup plus bénigne dans ses conséquences. La forme la plus fréquente s'est montrée être la bronchite capillaire, surtout chez les enfants jeunes, et le décès survenait en quelques heures avant même l'apparition de l'exanthème. Chez les enfants plus âgés, il s'agissait de formes communes, mais les complications, surtout pulmonaires et laryngées, étaient nombreuses. Bied a d'ailleurs signalé la gravité des fièvres éruptives, et de la rougeole surtout, au Sahara.

La varicelle est, elle aussi, extrêmement fréquente et la surinfection habituelle.

Quelques cas de variole ayant été signalés dans la région des Oasis au début de l'année 1960, une campagne de vaccination de la population fut entreprise. Cela permit de prémunir un nombre considérable d'adultes et d'enfants en bas âge, les enfants d'âge scolaire étant systématiquement vaccinés dès leur entrée à l'école. Cependant un certain pourcentage d'habitants échappèrent involontairement il faut le dire, à la vaccination, persuadés de leur

prémunition par une vaccination antérieure qui n'était habituellement qu'une cuti-réaction. Malgré cela, aucun cas ne se manifesta à Debdaba et dans la région de Colomb-Béchar.

Un problème particulier est celui de l'ictère infectieux, dont on sait que l'Afrique du Nord constitue un important foyer d'endémie. Il semble que le musulman soit moins sensible que l'Européen au virus de l'hépatite épidémique; chez l'autochtone, l'affection touche de préférence l'adulte. Dans tous les cas observés, il s'agissait d'ictère infectieux bénin, avec une phase préictérique très marquée, hyperthermique, mais sans trouble digestif notable; l'évolution, on l'a vu, était favorable, mais les séquelles, à type d'intolérance digestive aux graisses, aux œufs, n'étaient pas rares, ce qui posait à ces malades par la suite des problèmes de diététique, ces aliments étant la base de leur nourriture.

Les autres maladies infectieuses de l'enfance présentent la même fréquence qu'en Métropole et leurs caractères sont similaires.

Il faut signaler que, malgré l'absence de vaccination par le triple associé qui n'est pas obligatoire au Sahara, aucun cas de diphtérie, de tétanos, ou de typhoïde n'a été noté dans la population musulmane.

Par contre, une petite épidémie de dysenterie bacillaire s'est déclarée au cours de l'été 1961, mais elle fut sans lendemain.

Des parasitoses, la moins exceptionnelle est certainement l'amibiase, bien qu'elle reste beaucoup moins fréquente que dans le Nord de l'Algérie.

Il en est de même du paludisme, très rarement rencontré à Colomb-Béchar et, le plus souvent, s'agissait-il de sujets arrivés depuis peu d'autres régions d'Afrique du Nord.

L'échinococcose hépatique se voit, mais ne paraît pas constituer non plus une affection bien caractéristique de la région.

Quelques ascaridioses enfin, mais surtout des oxyuroses qui restent la parasitose la plus fréquemment rencontrée chez l'enfant.

Quant à la syphilis, elle est beaucoup plus rare qu'on veut bien le dire et les idées qui sont couramment admises sur la morbidité de cette affection chez le musulman en Afrique du Nord, sont, pour le moins, contestables, à Debdaba tout au moins. Certes, la syphilis est plus fréquemment retrouvée qu'en Métropole, mais il s'agit dans la plupart des cas, de vieilles formes tertiaires, à type d'aortite, de tabès, donc de lésions consécutives à une affection contractée il y a fort longtemps; aucune forme primaire et seulement quelques formes secondaires ont été rencontrées.

La réaction de Bordet-Wassermann, pratiquée de manière presque systématique chez des femmes enceintes musulmanes (la pratique de cette réaction n'est, au Sahara, obligatoire que chez les assurées sociales), révèle un pourcentage extrêmement faible de sérologies positives. De même, dans certaines affections dermatologiques suspectes de spécificité secondaire, le contrôle s'est bien rarement révélé positif. Il faut remarquer, à l'étude de ces faits, que bon nombre de musulmans connaissent cette maladie et la redoutent : les connaissances qu'ils ont apprises dans les écoles françaises ou coraniques, le fait que beaucoup aient servi dans l'Armée où on leur a enseigné l'essentiel de la prophylaxie de l'affection et surtout de venir consulter à la moindre érosion suspecte, tout ceci explique la fréquence de moins en moins importante de la syphilis, en milieu saharien du moins.

Quelques cas d'avortement et de mortinatalité syphilitiques ont été retrouvés, facilement décelés par leur énorme placenta pâle et œdémateux, mais ils ne représentent qu'un bien faible pourcentage sur une natalité énorme : pas plus de un pour cent, d'après ces observations; ce qui paraît confirmer que, si la syphilis existe chez les sujets d'âge moyen ou plus vieux, elle est en régression chez les sujets jeunes.

Et c'est là que l'on peut juger de l'influence bienfaisante du Service de Santé des Armées, car lorsqu'on parle de médecin au Sahara, l'on pense « képi rouge », de l'installation de nombreuses écoles, tous faits qui ont permis au fléau que constituait la syphilis en Afrique du Nord de reculer considérablement.

PATHOLOGIE DIGESTIVE
MALADIES DE LA NUTRITION

Il faut remarquer tout d'abord que cette pathologie ne correspond qu'à 15 % de l'ensemble des consultants, chiffre qui paraît assez faible si on le compare à celui observé chez le Nord-Africain transplanté. Ce pourcentage est encore réduit si l'on considère que, sur ce nombre, les enfants, dont les troubles digestifs ne sont pas en rapport avec une affection organique mais avec une carence ou une erreur de régime, représentent à peu près 60 %. C'est dire que la pathologie digestive est peu importante en milieu saharien, fait qui contraste avec sa grande richesse chez le transplanté.

Les affections intestinales sont, de loin, les plus fréquentes : 9 fois sur 10, le malade vient consulter pour un syndrome diarrhéique, qui est indiscutablement le plus rencontré; diarrhée banale ou accompagnée de glaires, parfois diarrhée sanglante, en rapport avec une carence alimentaire, une avitaminose A ou PP, plus rarement une colite parasitaire, amibiase ou lambliase, et surtout diarrhée sans cause organique ou infectieuse, en relation avec l'absorption d'eau magnésienne, celle-ci provoquant probablement une chasse vésiculaire, suivie de diarrhée post-prandiale.

La constipation se rencontre aussi dans cette population; on retrouve à son origine bien souvent un mégacôlon, voire un dolichocôlon, fait qui confirme la fréquence des mégasplanchnies chez le Nord-Africain, constatée par P. Djian à l'Hôpital franco-musulman de Bobigny.

Cette mégasplanchnie se retrouve aussi au niveau de l'estomac : les mégaestomacs permanents sont, en effet, une caractéristique de la pathologie gastrique du Nord-Africain. La symptomatologie en est toujours bâtarde, mais on sait la difficulté et le peu de valeur de l'interrogatoire chez ces sujets, et c'est l'examen radiologique qui confirme l'existence d'un énorme estomac, avec une hypertrophie et une irrégularité des plis, traduisant une gastrite associée. L'origine alimentaire de ces affections n'est certes pas à

rejeter : ces malades ont une mauvaise denture et abusent de mets très épicés; l'abus d'aspirine, seul médicament dont l'Arabe connaisse le nom, peut être incriminé parfois, de même que l'avitaminose PP qui n'est pas exceptionnelle.

L'ulcère ne constitue, lui, qu'une infime partie de la pathologie gastrique, ce qui jure aussi avec ce que l'on peut constater chez le musulman en Métropole. Il faut avouer cependant que de grosses difficultés techniques ont été rencontrées lors du contrôle radiologique : malades ayant absorbé des aliments avant l'examen, impossibilité de leur faire retenir leur respiration, etc..., et de ce fait, peut-être un certain nombre d'ulcères ont-ils pu passer inaperçus.

La pathologie de l'œsophage, du grêle, ne méritent pas d'étude particulière; quant à celle des voies biliaires, on retiendra l'importance, toute relative d'ailleurs, de la lithiase et de la cholécystite aiguë. La cirrhose est, bien entendu, inexistante.

En conclusion, on peut dire, outre que la pathologie digestive est dominée par les diarrhées d'étiologies diverses, qu'il existe une surconsommation radiologique chez le Nord-Africain tant en Métropole, comme le remarque J.-L. Godlewski, qu'en Afrique du Nord. On a dit les difficultés techniques rencontrées, que le pourcentage de résultats positifs était bas, les résultats normaux ou subnormaux approchant 75 %, ce qui rejoint, à peu de chose près, les chiffres relevés par Godlewski.

Il paraîtrait cependant imprudent de classer ces malades à résultats négatifs dans la catégorie des fonctionnels, et seule la connaissance suffisante des mœurs et de la langue du musulman améliorerait de façon certaine le problème du radiodiagnostic digestif qui se pose.

Il faut envisager en cette fin de chapitre, le problème posé par le diabète en milieu saharien; on peut affirmer qu'il n'existe aucune solution possible à cette maladie.

En effet, l'essentiel du traitement de cette affection étant basé sur une équilibration du régime, on comprend fort bien que, du fait de ses conditions de vie, le musulman soit dans l'impossibilité, tant matérielle que psychologique, de pouvoir prétendre à une diététique quelconque; il est illusoire d'autre part, de tenter de le traiter par l'insuline ou un sulfamide hypoglycémiant, car, tout d'abord il ne suivra pas, comme on l'a dit, un régime et que, d'autre part, il ne comprendra pas, là aussi, la nécessité d'un traitement quotidien prolongé. C'est pourquoi l'hospitalisation de ces malades

ne résout absolument pas le problème et doit, si faire se peut, être évitée : sortant équilibré, le diabétique retomberait inévitablement dans des erreurs diététiques, pourvu d'un traitement qu'il suivrait de manière intermittente, tous faits qui ne pourraient que déclencher des accidents graves dans des délais plus ou moins brefs.

Il faut donc bien avouer que le traitement du diabète est impraticable en milieu saharien, que ces malades sont voués à une issue fatale à plus ou moins longue échéance et que ce ne sont que l'amélioration des conditions de vie, l'éducation du diabétique et la compréhension de la maladie par le malade lui-même, qui sont seuls susceptibles d'apporter une solution à la possibilité de traitement de cette affection.

HEMATO-CARCINOLOGIE ET AVITAMINOSES

Il s'agit-là d'une pathologie peu importante, du moins pour le premier groupe d'affections, et certes moins riche que celle que l'on observe chez l'Européen.

Le grand groupe de ces maladies est représenté par des anémies hypochromes, relativement fréquentes chez le Nord-Africain, et bien souvent à l'état latent. La encore, il faut voir dans leur génèse le mode de vie, les régimes déséquilibrés, etc... du musulman.

Ces anémies sont surtout rencontrées chez l'enfant jeune : il s'agit d'une insuffisance d'apport en fer, survenant chez des nourrissons au régime strictement lacté et abusivement prolongé, dont on verra que c'est le mode d'alimentation habituel jusqu'à deux ans; ce régime entraîne par ailleurs des troubles digestifs qui, eux-mêmes, provoquent des troubles de l'absorption intestinale, ces derniers étant encore aggravés par des infections surajoutées, très fréquentes chez ces enfants en état de moindre résistance. Chez l'adulte, la latence est généralement la règle et ce n'est que l'examen hématologique qui met en évidence l'existence de cette anémie hypochrome : l'étiologie paraît être, dans ce cas, une carence, tant d'apport que d'absorption.

Une autre anémie hypochrome est assez fréquente : c'est celle que l'on rencontre chez la femme à grossesses répétées et rapprochées et il semble qu'il y ait là carence à la fois en fer et en vitamine B_{12}.

On insistera plus loin sur une affection qui paraît plus particulière au jeune enfant saharien, et nord-africain en général, puisqu'on la rencontre aussi chez le petit Arabe transplanté : splénomégalie apparemment isolée, avec un syndrome hématologique faisant discuter une forme mineure de la maladie de Cooley.

Les éosinophilies ne sont pas rares, et dues à des parasitoses, le plus souvent plus ou moins latentes.

Par ailleurs, il faut noter l'absence quasi constante d'ictères néo-nataux et surtout d'affections malignes, leucoses ou leucémies,

si fréquentes chez le petit Européen sous nos climats; de même l'extrême rareté des néoplasies chez l'adulte. Il paraît intéressant de rapporter les cas rencontrés, en deux années, chez ces malades, non pas du fait de la nature ou de la localisation des lésions, qui n'ont rien que de fort banal, mais du fait qu'elles montrent bien, de par leur nombre, la rareté du cancer au Sahara : deux cancers du côlon, un cancer de la tête du pancréas, pour la sphère digestive, deux du col de l'utérus et un du rein, pour la sphère uro-génitale, une tumeur maligne des cordes vocales, soit une fréquence qui est de l'ordre du millième pour l'ensemble des consultants. Il faut dire que ces cas étaient, pour la plupart, déjà assez évolués, certains mêmes au stade ultime; on pourra certes objecter que, du fait de l'insuffisance des moyens de dépistage, certains cancers, à un stade précoce, auront pu passer parfaitement inaperçus et l'on ne peut que confirmer cette objection. Cependant, cela n'empêche pas d'affirmer que les races arabes ou kabyle paraissent peu sujettes aux processus malins, fait d'ailleurs remarqué par la plupart des auteurs ayant traité de la pathologie du Nord-Africain. Expliquer ce fait est assez difficile, mais on peut toutefois signaler que les conditions de vie jouent, pour une fois, un rôle favorable (absence de fumées, rareté des intoxications chroniques, etc...); il existe, en tous les cas, et de manière indiscutable, un facteur racial, qui apparaît prépondérant.

Les avitaminoses sont, on l'a laissé entendre, des plus fréquentes; on n'envisagera pas ici le problème le plus habituel, qui est celui de l'avitaminose D, car il rentre plus dans la pathologie de l'enfant en général que dans un chapitre particulier.

L'avitaminose A ne se rencontre pas chez l'adulte et le grand enfant, car le musulman consomme une grande quantité de légumes frais, tomates et carottes, riches en vitamine; par contre, elle se voit chez le nourrisson, le plus souvent à l'allaitement artificiel, au stade de xerosis conjonctival, s'accompagnant d'hypotrophie, d'arrêt du développement et d'infections multiples, surtout cutanées.

L'avitaminose B_2 est rarement isolée et pure, car le musulman consomme des œufs en grande quantité; cependant on rencontre, chez l'enfant surtout, des associations de perlèche avec un érythème pellagreux aux régions découvertes, d'autant plus net en ce pays qu'il est photosensible. Il semble, dans ces cas, qu'il s'agisse plus d'un défaut d'absorption intestinale que de carence d'apport.

Les autres avitaminoses, à part celle en B_{12}, déjà citée chez les grandes multipares, paraissent inexistantes.

NEURO-RHUMATOLOGIE ET PATHOLOGIE OSTEO-ARTICULAIRE AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES

Cette pathologie n'est pas très fréquente à Dabdaba, puisque, si l'on considère l'ensemble des consultants, elle n'intéresse pas plus d'un malade sur dix. Par contre, si l'on se rapporte au nombre de femmes, on s'aperçoit qu'elle concerne environ une malade sur quatre. C'est dire que les femmes constituent l'essentiel des malades examinés. De ce fait, apparemment sans signification, il s'ensuit que la pathologie est beaucoup moins riche que chez le musulman transplanté, où la population est constituée de 90 % d'hommes qui pratiquent des travaux généralement pénibles et sont, de ce fait, assez sujets aux affections rhumatismales.

Le groupe le plus fréquent, en effet, est celui des polyalgies, puisqu'il représente 90 % des malades observés. Ceux-ci souffrent de toutes leurs insertions musculaires, dans tous les territoires, dans la continuité des membres, et ils sont incapables, malgré un luxe de détails, de préciser les points douloureux. Ce syndrome s'accompagne d'une impression de flaccidité générale, d'impossibilité de bouger, très désagréablement ressentie. Ordonneau, à l'Hôpital Franco-Musulman, constate le même syndrome chez seulement un huitième de ses consultants et pense que cette polyalgie particulière au Nord-Africain est une rencontre de plusieurs facteurs où la cénestopathie, le psychisme, la condition de vie jouent le rôle essentiel.

Il s'agit effectivement de manifestations où le psychisme tient une très grande part, puisque le placebo guérit ces malades du moment qu'il est fait par piqûre, seule médication sérieuse pour l'Arabe, alors que l'administration de simple aspirine ne calme nullement ces algies.

Il s'agit aussi, en général, de femmes qui ont à s'occuper d'une nombreuse famille et qui, fatiguées, aspirent à se reposer un peu, ce que le mari ne veut admettre. Or, la mentalité du musulman

est assez analogue à celle de l'homme de troupe : s'il y a médicament, il y a maladie et, par suite, exemption; si le médecin a donné des piqûres à sa femme, c'est qu'elle est malade et que le repos est nécessaire.

Les rachialgies constituent la majorité du dixième des cas restants : il s'agit parfois d'arthroses, mais le plus souvent, elles sont essentielles, rejoignant le groupe des polyalgies dont elles ne forment qu'un aspect particulier.

Le rhumatisme articulaire aigu est certainement beaucoup plus fréquent qu'on ne le pense et a malheureusement l'habitude d'être classé dans ces polyalgies essentielles, non par défaut d'examen, mais du fait qu'il s'agit le plus souvent de formes frustes : vagues arthralgies sans manifestations fluxionnaires, s'accompagnant d'une petite angine érythémateuse des plus discrètes, bien banale dans ce milieu saharien, où la siccité extrême de l'air crée, de manière chronique, des gorges rouges. Tous ces signes bâtards, ne s'accompagnant que d'un fébricule, lui aussi bien modéré, orientent bien rarement vers un diagnostic de rhumatisme articulaire aigu, sauf chez l'enfant, où les manifestations ont le type classique. Mais lorsqu'on revoit certains de ces sujets quelques mois plus tard, on retrouve un souffle systolique organique ou un roulement diastolique qui n'existaient pas lors du précédent examen, et qui traduisent incontestablement une localisation cardiaque d'un processus rhumatismal ancien et non diagnostiqué à ce moment. Une mesure, assez aveugle certes et des plus discutables, fut de traiter de manière systématique toute gorge un peu plus rouge que normalement, s'accompagnant d'arthralgies apparemment banales, surtout si elles n'étaient pas généralisées, avec une vitesse de sédimentation modérément augmentée. On peut dire qu'il s'agit là d'une méthode des plus empiriques, mais qui s'est révélée la seule prophylaxie possible contre le fléau que constitue la maladie de Bouillaud.

De la polyarthrite chronique évolutive, on dira que seulement trois cas ont été rencontrés, tous chez la femme. Il semble, comme l'a constaté Ordonneau, que le Nord-Africain soit extrêmement sensible au traitement par la nivaquine, puisque, dans deux cas, l'autre ayant disparu, une remarquable stabilisation, tant des lésions que de la vitesse de sédimentation, a pu être obtenue par cette thérapeutique.

La spondylarthrite ankylosante ne représente que deux cas, dont l'un chez la femme, et tous deux très évolués, au stade de l'ankylose totale.

La tuberculose ostéo-articulaire est, elle aussi, peu fréquente : trois maux de Pott, deux dorsolombaires, un cervical, n'ayant été traités que par antibiotiques, une tumeur blanche du coude, traitée chirurgicalement. Il faut noter que la tuberculose osseuse du Nord-Africain paraît très sensible à l'antibiothérapie.

Les affections neurologiques sont rares : quelques cas de méningite lymphocytaire curable chez l'enfant, un seul de méningite cérébro-spinale, aucun de méningite tuberculeuse. Chez l'adulte, il faut noter la très grande rareté des atteintes d'origine vasculaire, et des maladies dégénératives du système nerveux. Par contre, l'épilepsie paraît plus courante.

Il faut signaler que le système nerveux du Nord-Africain présente une indiscutable résistance aux maladies, comme aux intoxications : Meunier pense qu'il s'agit là d'un facteur racial, mais surtout que cette résistance est liée à des conditions particulières de vie : absence totale, ou presque, d'alcoolisme et rythme de vie très différent; on connaît le calme et une certaine apathie du musulman.

Il n'existe donc pas de pathologie neurorhumatologique ou ostéo-articulaire bien spéciale chez le Saharien, en dehors du problème posé par le rhumatisme articulaire aigu.

Quant aux affections psychiatriques, on ne peut en parler avec certitude, car le dialogue entre médecin et malade, seul valable pour le diagnostic de ces maladies, n'était le plus souvent faisable que par l'intermédiaire d'un interprète. Il faut signaler cependant, de nombreux troubles psychiques chez des sujets fumant le « kif » (*mahijuana*), intoxication relativement fréquente chez le musulman.

PIQURES DE SCORPION ET DE VIPERES

De très rares cas ont été vus, car l'Arabe craint peu le scorpion jaune, type *Androctonus australis,* le plus fréquemment rencontré dans la région de Colomb-Béchar, et ne vient pas consulter pour si peu : il connaît la conduite immédiate à tenir en pareille situation, met un garrot avec sa propre ceinture ou quelque ficelle, se fait scarifier largement avec un couteau de poche par un camarade ou le fait lui-même, attend un peu sur place et, si tout semble bien se passer, repart chez lui sans plus d'inquiétude.

Ce n'est donc que bien rarement que le musulman se présente pour une piqûre de scorpion. Cependant, les enfants, qui excellent dans la chasse de cet arachnide, sont parfois les victimes, malgré leur extrême adresse à ce jeu, de ce gibier peu commun, et ce sont eux qui forment la plus grande partie des quelques cas rencontrés.

Il est, par ailleurs, toujours très difficile de déterminer l'espèce du scorpion en cause, mais l'Arabe sait grossomodo si l'animal est dangereux ou non : jaune, il est bon, noir il est mauvais, ce qui paraît d'ailleurs fort discutable, mais qui se vérifie, à quelques exceptions près, dans la pratique.

Dans la Circonscription médicale de Ouargla, dans la zone des Oasis, Constant indique, sur un grand nombre de cas examinés, un pourcentage de décès de 3 à 4 % de 1956 à 1958, et seulement 0,65 % en 1959, mais il signale que ce pourcentage de mortalité est certainement inférieur, car dans le nombre de sujets piqués, ne présentant que des réactions locales légères, beaucoup ne sont pas venus se faire traiter, ce qui, on l'a dit, s'est produit à Debdaba.

La piqûre siège habituellement aux extrémités distales des membres, ce qui ne saurait surprendre, le scorpion aimant se loger dans les vêtements et les chaussures durant la nuit. On sait que la mortalité paraît liée à l'âge du sujet, le pronostic étant beaucoup plus sombre chez le nourrisson, le taré et le débilité. Les signes initiaux n'ont, pour Constant, que peu de valeur, car il assure que

rien ne permet d'affirmer la guérison d'un envenimement avant un délai de quarante heures au moins, en raison de l'apparition parfois retardée des signes de gravité.

Le même auteur insiste sur le fait qu'il faut observer de très près les réactions du sujet, qu'il ne faut surtout pas se fier à un calme trompeur et qu'il n'existe pas une piqûre de scorpion, mais des piqûres de scorpion, chaque sujet réagissant à sa manière, d'où la difficulté de toute systématisation thérapeutique.

Il faut avouer que, à Debdaba, le faible nombre de cas observés ne permet absolument pas de tirer de conclusions. Mais on peut affirmer que les quelques cas rencontrés, traités par le sérum spécifique en association avec le phénergan, se sont toujours révélés immédiatement favorables; les espèces rencontrées dans la région de Colomb-Béchar paraissent, en conclusion, assez anodines, mais il faut dire que toutes les piqûres rencontrées siégeaient aux extrémités, loin des centres nerveux donc, ce qui est un facteur favorable.

Donc, pathologie peu importante, ce qui s'explique par les raisons exposées plus haut, mais qui ne représente certainement pas l'ensemble de la même pathologie dans les autres régions sahariennes.

Quant aux piqûres de vipères, en particulier de vipères à cornes, très courantes au Sahara, aucun cas n'a été relevé.

PATHOLOGIE DE L'ENFANT SAHARIEN

Lors du Symposium, tenu au Centre Hospitalier de Saint-Germain-en-Laye en mars 1961 et consacré à la pathologie du Nord-Africain transplanté, H. Diriart, rendant compte des observations faites sur les enfants nord-africains hospitalisés dans huit hôpitaux de la région de Paris, sur une période de trois années consécutives. constate qu'il y a, à de rares exceptions près,

> « identité avec la pathologie des enfants métropolitains, tant dans l'échelle de la nature que dans celle de la fréquence. »

On ne peut dire qu'il en soit de même à Debdaba et dans la région de Colomb-Béchar.

On a vu, en effet, l'extrême fréquence du trachome et de la leishmaniose chez l'enfant, alors que Diriart en souligne au contraire la rareté chez l'enfant nord-africain transplanté ou né en Métropole, les rares cas qu'il ait vus n'étant survenus que chez des enfants nés en Afrique du Nord et arrivés depuis peu en Métropole. Donc, grande importance de la pathologie dite exotique chez les petits malades de Debdaba, le paludisme restant par contre exceptionnel.

Le même auteur insiste sur une affection qui paraît bien particulière à l'enfant nord-africain et rencontrée maintes fois en milieu saharien : splénomégalie isolée, sans ictère ou subictère, avec anémie, anisocytose et microcytose, et réaction erythroblastique. La thalassémie pourrait être éliminée à priori, du fait de l'absence de cellules cibles; mais peut-être s'agit-il cependant de formes mineures de la maladie. En effet, rien ne permet de rejeter cette hypothèse : la résistance globulaire étant souvent un peu augmentée, la recherche de l'hémoglobine fœtale étant impraticable à Colomb-Béchar et un laps de temps de deux ans ne permettant pas de juger de l'évolution ultérieure. Il paraît toutefois difficile de classer ces anémies qui « ne semblent pas rentrer dans le cadre des hémoglobinoses connues » (Diriart).

Les anémies de carence sont, quant à elles, monnaie courante; elles s'associent habituellement à d'extraordinaires hypotrophies

dont l'origine ne se discute nullement : les erreurs de régime sont, en effet, chose commune, la femme saharienne allaitant son enfant jusqu'à la fin de la deuxième année.

Le régime lacté exclusif prolongé, les quantités dérisoires apportées par une femme donnant le sein depuis des mois, le plus souvent carencée elle-même, ne peuvent que créer des désordres métaboliques chez l'enfant. En outre, le complément souhaitable n'est que trop fréquemment apporté que par... le sein de la grand-mère, dans le seul but d'empêcher l'enfant de crier : les parents sont très attachés à leurs enfants et ne veulent surtout pas que ceux-ci crient et, si le bébé pleure, c'est qu'il y a maladie. On pourrait penser que l'alimentation artificielle soit préférable : c'est au contraire un désastre, la mère, une fois la quantité de lait fixée pour un certain âge, ne pensant absolument pas que l'augmentation des doses soit nécessaire; c'est ainsi que l'on rencontre des enfants de près d'un an à 6 repas de 120 grammes par jour. Tout ceci entraîne, bien entendu, de nombreux troubles digestifs, diarrhée en particulier, des retards staturopondéraux impressionnants, chez deux enfants sur trois avant deux ans.

Il faut bien dire que ce ne sont pas les conditions économiques qui entrent en jeu dans cette sous-alimentation, qui se voit aussi bien dans les familles aisées, mais le refus systématique d'appliquer une diététique correcte au nom de traditions ancestrales.

Le rachitisme tient une grande part dans la pathologie de l'enfant et sa symptomatologie est habituellement très riche. Le facteur essentiel, outre la pigmentation raciale, en est l'insuffisance d'irradiation solaire de la peau, ce qui peut paraître paradoxal dans ce pays où le soleil brille pratiquement toute l'année. Mais l'enfant habite dans un local sombre, sans fenêtre; on le sort peu, du fait de ces conditions climatiques pénibles, et, si on le sort, ce n'est que recouvert des pieds à la tête, afin de bien le protéger contre la température excessive.

Chez ces enfants rachitiques, on note fréquemment une tétanie associée, d'ailleurs souvent latente. On remarque d'autre part que, chez l'enfant nord-africain,

> « il y a souvent une prédisposition aux accidents d'hypocalcémie... se traduisant par des convulsions ou des laryngospasmes et pouvant parfois laisser à la spasmophilie une latence quasi absolue. » (Diriart).

La tétanie serait peut être responsable d'un certain nombre de morts subites et inexplicables, constatées à Debdaba, chez des enfants en bonne santé apparente avant l'exitus.

Diriart note de même que

« ce rachitisme constitue un facteur de gravité pour certaines affections telles que des pneumopathies diverses ou des affections rhinopharyngées d'apparence banale; et nous avons vu en de telles circonstances quelques morts subites. L'impossibilité de contrôle nécropsique de tous les malades nord-africains rend difficile l'interprétation de tels faits : il est logique cependant, de les mettre sur le compte des perturbations humorales survenant chez des sujets hypocalcémiques. »

Sans faire obligatoirement sienne cette opinion, on est bien obligé de constater que la plupart des enfants examinés *post-mortem,* sans cause évidente et étiologie bien précise de leur décès, présentaient des lésions de rachitisme qui, on l'a vu, est souvent associé à la spasmophilie. Mais il faut bien admettre que, du fait de la fréquence du rachitisme au Sahara, on ne peut conclure.

La gravité des fièvres éruptives, le grand nombre d'affections dermatologiques les plus diverses, les caractères spéciaux de la tuberculose, qui a tendance à être grave et évolutive, sont, on l'a vu, des traits particuliers à la pathologie de l'enfant saharien. Il faut signaler aussi le nombre assez important d'adénites tuberculeuses et la quasi inexistance des leucémies.

Quant aux autres affections, elles paraissent avoir la même répartition chez l'enfant à Debdaba que chez l'enfant européen.

On peut dire, en fin de compte, que les aspects un peu particuliers de la pathologie du petit saharien sont dus, non pas à un facteur racial, mais au mode de vie.

L'habitation, on l'a dit est obscure; il faut bien avouer que les rigueurs du climat n'incitent nullement à laisser pénétrer les rayons du soleil dans les pièces. L'enfant sort peu; là aussi, on peut dire que le climat en est la cause. Le régime alimentaire toujours insuffisant et surtout déséquilibré, provient moins de l'ignorance des régimes modernes que du refus passif de les appliquer. On a d'ailleurs peine à comprendre que ces parents, très attachés à leurs enfants, n'admettent la nécessité d'une diététique correcte. Il faut y voir le très grand respect des coutumes ancestrales qui disent que l'enfant doit avoir une alimentation strictement lactée jusqu'à la fin de sa deuxième année. On le sevrera du jour au lendemain à ce moment-là et ce sera un cap assez difficile à franchir pour lui. Cette coutume, profondément ancrée dans l'esprit des mères reste finalement l'écueil le plus important à l'amélioration du niveau de vie de l'enfant... et il est bien difficile de lutter contre des traditions séculaires.

CONCLUSIONS

Dans ce travail donnant un aperçu de la pathologie saharienne, grâce à l'étude du village de Debdaba, nous constatons que les tableaux cliniques diffèrent peu de ceux de la Métropole.

Nous pouvons dire que les affections qui prédominent sont le trachome, le ptérygion, les affections pulmonaires chroniques non tuberculeuses — La tuberculose existant, mais à un degré moindre que dans les autres régions sahariennes. Les affections gynécologiques banales, et les dermatoses — pyodermites et leishmaniose cutanée, occupent une place importante.

Les maladies infectieuses éruptives sont graves, en particulier la rougeole.

La syphilis est beaucoup moins fréquente qu'on ne le suppose.

Les anémies hypochromes touchent l'enfant jeune dans une proportion moyenne.

Les diarrhées, les mégasplanchnies dominent le chapitre digestif.

Soulignons que le cancer est pratiquement inexistant.

*
* *

Tout ce terrain pathologique est alimenté et favorisé par des conditions d'hygiène et de vie qui sont souvent déficientes, et qui, une fois améliorées et élevées apporteront certainement une nette regression des affections les plus évitables.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
DEPARIS

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

BIED (Médecin-Capitaine). — Trois années de pratique médicale à Metlili des Chaamba. (*Sahara Médical*, N° 3, pp. 8 à 10.)

BONHOMME (J.) et TORRE (Ph.). — La femme nord-africaine dans les services de gynéco-maternité des Hôpitaux de la Région de Paris. (*Gazette Médicale de France*, 2 octobre 1961, pp. 2311 à 2314.)

CONSTANT (Médecin-Lieutenant). — Les envenimements par piqûre de scorpion dans la Région d'Ouargla en 1959. (*Le Sahara Médical*, N° 2, pp. 17 à 26, 1961.)

DIRIART (H.), Jean POUJOL, Jean DEMARSY et Louis CHAVANNES. — La pathologie de l'enfant nord-africain. (*Gazette Médicale de France*, 2 octobre 1961, pp. 2341 à 2345.)

DJIAN (P.), CALOP (R.) et PUCHOT (H.). — La part de l'électroradiologie dans le diagnostic et le traitement des Nord-Africains à l'Hôpital franco-musulman de Paris (1935-1960). (*Gazette Médicale de France*, 2 octobre 1961, pp. 2317 à 2318.)

GALMICHE (P.) et KALLAL (Z.). — La pathologie du Nord-Africain dans la région parisienne (Médecine générale). (*Gazette Médicale de France*, 2 octobre 1961, pp. 2267 à 2271.)

GODLEWSKI (J.-L.). — Bilan d'une année d'examens radiologiques normaux et pathologiques chez le Nord-Africain et le Métropolitain. (*Gazette Médicale de France*, 2 octobre 1961, pp. 2321 à 2325.)

LE MELLETIER (J.) et COADOU (J.-L.) avec la collaboration de C. CHOFFEL, Mme M. DAMOUGEOT, C. GALMICHE, G. HINAUT, M. SEGUIN, A. SOMIA, H. THIBAULT et J.-L. ACCARD. — « La pathologie respiratoire des Nord-Africains dans les Hôpitaux de la Région de Paris ». (*Gazette Médicale de France*, 2 octobre 1961, pp. 2275 à 2285.)

LEVI-VALENSI (A.). — « La tuberculose en Algérie et son destin », (*Algérie Médicale*, 57.10 (octobre 1953), p. 963.)

MASSIN (M.) et CROUZET (J.). — « La pathologie du Nord-Africain dans la région parisienne ». (*Gazette Médicale de France*, 2 octobre 1961, pp. 2289 à 2305.)

MOULIN (J.) (Médecin-Capitaine). — « Expérimentation du Sultirène dans le traitement du trachome au Sahara ». (*Sahara Médical*, N° 4, pp. 22 à 30.)

Mozul (J.) (Capitaine des Affaires sahariennes). — « Debdaba ».

Nehlil (J.). — « La pathologie du Nord-Africain en neuro-psychiatrie ». (*Gazette Médicale de France*, 2 octobre 1961, p. 2329.)

Ordonneau (P.), Bellalouna (A.), Brack (M.), Leclerc (B.), Sevaux (G.) et Balestier (P.). — « Pathologie ostéo-articulaire des Nord-Africains de la région parisienne ». (*Gazette Médicale de France*, 2 octobre 1961, p. 2331 à 2340.)

Perrot (J.) (Médecin-Capitaine). — « Le Service de Santé de l'Arrondissement de Colomb-Béchar ». (*Sahara Médical*, N° 4, pp. 6 à 8.)

Pillière de Tanouarn (P.), Rigault (J.) et Rainville (J.). — « L'aspect pathologique O.R.L. chez le Nord-Africain de la région parisienne ». (*Gazette Médicale de France*, 2 octobre 1961, pp. 2307 et 2308.)

Tomari (V.-A.) (Médecin-Commandant). — « Leishmaniose cutanée d'Orient (leishmaniose cutanée d'Afrique) ». (*Revue du Praticien*, N° 17, Tome X, pp. 1847 à 1855.)

TABLE DES MATIÈRES

DEBDABA. Etude géographique, historique, démographique et ethnique 9

Ophtalmologie. Oto-rhino-laryngologie 16

Pathologie respiratoire 21

— *Affections pulmonaires non tuberculeuses* 21

— *La tuberculose pulmonaire* 23

Pathologie génito-urinaire et obstétricale 25

Dermatologie 28

Pathologie cardio-vasculaire 31

Maladies infectieuses et parasitaires 34

Pathologie digestive. Maladies de la nutrition 37

Hémato-carcinologie et avitaminoses 40

Neuro-rhumatologie et pathologie ostéo-articulaire. Affections psychiatriques .. 42

Piqûres de scorpion et de vipères 45

Pathologie de l'enfant Saharien 47

Conclusions 51

Bibliographie 53

IMPRIMERIE R. FOULON & CIE, 29, RUE DEPARCIEUX, PARIS XIV^e^